Requerimento de Pensão por Morte - INSS

Dados do Segurado

Nome:

Nome da Mãe:

Nascimento: **Óbito (dd/mm/aaaa):** **Sexo:** M F

Nacionalidade: **Município de nascimento:**

CPF: **Identidade:** **Estado civil:**

PIS/PASEP: **CTPS/Série/UF:**

Ramo atividade: 1 Bancários Filiação: 0 Outra ativ.: N

Estava em gozo de benefício do INSS? Sim Não

Relação dos Beneficiários de Pensão

1. **Nome:** **Nascimento:**
   Estado civil: **Inválido?** **Incapaz?** **Vínculo:**

2. **Nome:** **Nascimento:**
   Estado civil: **Inválido?** **Incapaz?** **Vínculo:**

3. **Nome:** **Nascimento:**
   Estado civil: **Inválido?** **Incapaz?** **Vínculo:**

4. **Nome:** **Nascimento:**
   Estado civil: **Inválido?** **Incapaz?** **Vínculo:**

5. **Nome:** **Nascimento:**
   Estado civil: **Inválido?** **Incapaz?** **Vínculo:**

6. **Nome:** **Nascimento:**
   Estado civil: **Inválido?** **Incapaz?** **Vínculo:**

7. **Nome:** **Nascimento:**
   Estado civil: **Inválido?** **Incapaz?** **Vínculo:**

Titular do Benefício de Pensão

Nome: **Nascimento:**

Nacionalidade: **Sexo:** M F **CPF:**

Identidade: **Município de nascimento:**

PIS/PASEP: **CTPS/Série/UF:**

Endereço:

Bairro: **Cidade:** **Estado:**

CEP: **Tel (DDD):**

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro estar ciente de que a ocorrência de óbito ou emancipação de dependentes deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão. A falta do cumprimento do compromisso ora assumido ou de qualquer declaração falsa, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal.

Segurado Falecido:

Titular do Benefício de Pensão:

Local/Data: ______________________________

____
Assinatura do Declarante

Imprimir